Santé, Société et Solidarité

Outils de mesure des inégalités de santé : quelques débats d'actualité

Agnès Couffinhal, Sandy Tubeuf, Paul Dourgnon

Citer ce document / Cite this document :

Couffinhal Agnès, Tubeuf Sandy, Dourgnon Paul. Outils de mesure des inégalités de santé : quelques débats d'actualité. In: Santé, Société et Solidarité, n°2, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 163-171;

doi : https://doi.org/10.3406/oss.2004.1008;

https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_1008;

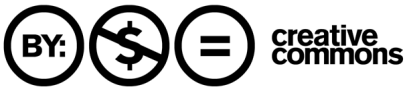
Fichier pdf généré le 11/04/2024

Résumé

Parcourant les débats récents sur la mesure des inégalités de santé, les auteurs relèvent tout d'abord que la variété des outils témoigne de contextes, données et objectifs différents, mais aussi de méthodologies propres aux disciplines qui ont investi ce champ, plus particulièrement l'épidémiologie sociale et l'économie de la santé. Ils constatent en particulier que la rareté des données d'état de santé objectives (permettant théoriquement les comparaisons dans l'espace et dans le temps) et cardinales (rendant possible la comparaison directe des situations individuelles) dans les enquêtes en population générale a entraîné un important effort de recherche méthodologique sur le passage de l'ordinal au cardinal et sur la correction des biais socioéconomiques ou culturels de déclaration de l'état de santé. Remarquant que la mesure du statut économique et social pose des difficultés du même ordre, ils soulignent l'intérêt des méthodes de décomposition qui prennent en compte plusieurs facteurs explicatifs simultanément. L'article illustre les liens entre instruments de mesure et normes de justice sociale en relevant des éléments de débat portant notamment sur la mesure d'inégalités pures ou d'inégalités sociales de santé. Enfin, l'objectif d'équité apparaît aux auteurs insuffisamment clairement affiché dans les choix d'outils de mesure des inégalités de santé. Ils concluent à la nécessité de renforcer le lien entre théories de la justice sociale et outils de mesure des inégalités de santé.

Abstract

Reviewing recent debates on the measurement of health inequalities, the authors found first of all that the variety of tools used attests not only to the different contexts, data and goals, but also to the methodologies that are specific to the disciplines that dealt with this field, more particularly social epidemiology and health economics. In particular, it was observed that the paucity of objective data on health status (allowing theoretically for spatial and temporal comparisons) and of cardinal data (allowing for direct comparison of individual situations) in the surveys of the general population led to painstaking methodological research on the transition from the ordinal to the cardinal and on the correction of socioeconomic or cultural biases in health status reporting. Noting that the measurement of economic and social status poses the same type of problems, they underlined the relevance of decomposition methods that take account of several explanatory factors at the same time. This article illustrates the links between measuring instruments and social justice standards by pointing out the elements for debate on the measurement of pure inequalities or social inequalities in health. Lastly, the authors found that the goal of equity is not displayed clearly enough in the choices of tools used to measure health inequalities. It is concluded that the link between theories of social justice and tools used to measure health inequalities should be strengthened.



Outils de mesure des inégalités de santé : quelques débats d'actualité

Agnès Couffinhal – FRANCE
Maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Paul Dourgnon – FRANCE
Maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Sandy Tubeuf – FRANCE
Doctorante au Groupement de recherche en économie quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM)

Résumé Parcourant les débats récents sur la mesure des inégalités de santé, les auteurs relèvent tout d'abord que la variété des outils témoigne de contextes, données et objectifs différents, mais aussi de méthodologies propres aux disciplines qui ont investi ce champ, plus particulièrement l'épidémiologie sociale et l'économie de la santé. Ils constatent en particulier que la rareté des données d'état de santé objectives (permettant théoriquement les comparaisons dans l'espace et dans le temps) et cardinales (rendant possible la comparaison directe des situations individuelles) dans les enquêtes en population générale a entraîné un important effort de recherche méthodologique sur le passage de l'ordinal au cardinal et sur la correction des biais socioéconomiques ou culturels de déclaration de l'état de santé.

Remarquant que la mesure du statut économique et social pose des difficultés du même ordre, ils soulignent l'intérêt des méthodes de décomposition qui prennent en compte plusieurs facteurs explicatifs simultanément. L'article illustre les liens entre instruments de mesure et normes de justice sociale en relevant des éléments de débat portant notamment sur la mesure d'inégalités pures ou d'inégalités sociales de santé. Enfin, l'objectif d'équité apparaît aux auteurs insuffisamment clairement affiché dans les choix d'outils de mesure des inégalités de santé. Ils concluent à la nécessité de renforcer le lien entre théories de la justice sociale et outils de mesure des inégalités de santé.

Abstract *Reviewing recent debates on the measurement of health inequalities, the authors found first of all that the variety of tools used attests not only to the different contexts, data and goals, but also to the methodologies that are specific to the disciplines that dealt with this field, more particularly social epidemiology and health economics. In particular, it was observed that the paucity of objective data on health status (allowing theoretically for spatial and temporal comparisons) and of cardinal data (allowing for direct comparison of individual situations) in the surveys of the general population led to painstaking methodological research on the transition from the ordinal to the cardinal and on the correction of socio-economic or cultural biases in health status reporting.*

Noting that the measurement of economic and social status poses the same type of problems, they underlined the relevance of decomposition methods that take account of several explanatory factors at the same time. This article illustrates the links between measuring instruments and social justice standards by pointing out the elements for debate on the measurement of pure inequalities or social inequalities in health. Lastly, the authors found that the goal of equity is not displayed clearly enough in the choices of tools used to measure health inequalities. It is concluded that the link between theories of social justice and tools used to measure health inequalities should be strengthened.

Les auteurs remercient Florence Jusot et John Lavis pour leurs remarques constructives. Les auteurs restent responsables des erreurs qui peuvent figurer dans cet article.

Différents articles présentés dans cette revue soulignent que la lutte contre les inégalités de santé devient un objectif affiché des politiques de santé des pays développés comme des organisations internationales. En matière de politique de lutte contre les inégalités, si l'on cherche à dépasser la simple déclaration d'intention, il convient de se fixer des objectifs quantifiables. Or la mesure même d'une inégalité est un exercice compliqué et à contenu hautement normatif : Inégalité de quoi ? Inégalité entre qui et qui ? Inégalité acceptable ou inacceptable ? Inégalité inéluctable ou amendable par une politique ? Il convient de clarifier ces questions afin de choisir un outil de mesure reflétant les préférences de ceux qui fixent ces objectifs (la société civile, ses élus, une personne responsable de la politique considérée).

Notre intention n'est pourtant pas de proposer ici un nouveau guide pratique de la mesure des inégalités de santé. De nombreux articles et ouvrages présentent des analyses détaillées des outils disponibles (Kunst et Mackenbach, 1996 ; Carr-Hill et Chalmers-Dixon, 2002 ; Wagstaff *et al.*, 1991). Au contraire, notre réflexion est partie, d'une part, du sentiment qu'à chaque objectif, à chaque contexte, compte tenu du système d'information, on peut associer des outils de mesure spécifiques et, d'autre part, du constat que le champ des inégalités de santé est investi par plusieurs disciplines, principalement l'épidémiologie sociale et l'économie, porteuses de leurs propres méthodologies.

Nous chercherons notamment à souligner que le choix des outils, logiquement conditionné par les méthodes de la discipline, doit être plus systématiquement pensé en termes de normes de justice sociale. Dans cette optique, nous livrons notre relecture des principaux débats méthodologiques qui traversent la littérature sur les inégalités de santé. Nous les illustrerons par des exemples d'outils utilisés dans les travaux de trois grands courants de recherche qui nous semblent tenir le devant de la scène depuis plusieurs années : les travaux de l'OMS (voir Murray et Evans (2003) pour une synthèse complète), ceux de l'équipe de santé publique de l'université Erasmus (site Internet http://www.eur.nl/fgg/mgz/) et ceux du projet ECuity (site Internet http://www.eur.nl/ecuity/).

Un préalable nécessaire : mesurer l'état de santé

Le débat sur les outils qu'il convient d'utiliser pour mesurer l'état de santé dépasse largement le cadre de la mesure des inégalités : que l'on cherche à évaluer la performance d'un système de santé, la capacité d'une technologie ou d'un médicament à améliorer la santé, ou à établir des priorités dans le financement d'interventions, la façon dont on mesure la santé oriente la suite de l'analyse.

Les développements méthodologiques sur la mesure de la santé, eux-mêmes sujets à controverses sur la valeur que l'on attribue à la santé, ont naturellement trouvé un écho dans le domaine des inégalités. Dans ce domaine précis, on observe, au moins en France, plutôt une ligne de partage entre des mesures jugées objectives de la santé, comme la mortalité ou la morbidité diagnostiquée et des mesures qui ont un caractère plus subjectif, comme la santé perçue. Les mesures objectives sont privilégiées, ou en tout cas implicitement préférées, dans le monde de la santé publique quand il s'agit de mesurer des inégalités de santé alors que les économistes ont moins de réticences à utiliser des mesures subjectives. En effet, si les premiers privilégient le diagnostic, les seconds fondent traditionnellement l'étude du comportement des individus sur le concept de bien-être (d'utilité). Plus précisément, ils considèrent que chacun prend des décisions de façon à maximiser son bien-être, dont la santé fait partie intégrante, compte tenu de ses préférences. Une situation optimale se caractérisant, pour l'économiste, par un bien-être maximisé, le fait de mesurer la santé par le bien-être qui lui est associé est donc en accord avec le paradigme de la discipline.

Même s'il existe une forte corrélation entre mesures objectives et subjectives (Idler et Benyamini, 1997), considérer que la santé perçue est un outil de mesure acceptable de l'état de santé, ou plus généralement utiliser

les déclarations des individus sur leur propre état de santé, ne signifie pas juger comme idéale une situation dans laquelle tout le monde se déclare en bonne santé. Le ressenti de l'individu peut différer de la situation réelle. Si le biais de déclaration est corrélé au statut social, on court le risque de se tromper sur l'ampleur de l'inégalité. Il est toutefois possible de corriger ce biais, *ex ante* ou *ex post*. La première stratégie a été proposée par l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organisation, 2000). Elle concerne la méthode d'enquête et consiste en l'introduction de « vignettes » (Murray *et al.*, 2003). L'idée est d'étalonner les déclarations des répondants sur leur état de santé subjectif en leur demandant à tous de juger, avec les catégories de réponses qu'ils ont utilisées pour eux-mêmes, de l'état de santé de cas-types[1]. Cette méthode permet de positionner les échelles relatives des individus, de corriger d'éventuelles différences dans le mode de déclaration et donc d'améliorer la comparabilité des réponses. Si l'on n'a pas de vignettes, il demeure possible de prendre en compte ces éventuels biais de déclaration *ex post* par des méthodes statistiques (Van Doorslaer et Jones, 2003).

En outre, dès lors que l'on sort d'une analyse dichotomique dans laquelle sont comparées des personnes qui sont décédées ou non, qui souffrent d'une maladie ou pas, on est confronté aux difficultés méthodologiques inhérentes à la comparaison de l'état de santé de deux personnes. Plus précisément, on souhaiterait une mesure qui permette non seulement de définir laquelle est en meilleure santé que l'autre (mesure ordinale qui synthétise les différentes dimensions de l'état de santé), mais aussi de quantifier l'écart entre les deux (mesure cardinale).

En dehors de quelques mesures de scores utilisées par exemple en réanimation et du « risque vital », mesure mise au point par le CREDES (Doussin *et al.*, 2002) qui vise à rendre compte du pronostic vital d'un individu, il n'existe pas de mesures ordinales, ni *a fortiori* cardinales, dans le modèle dit « médical »[2] de la mesure de l'état de santé. Dans le modèle fonctionnel en revanche, on trouve fréquemment des mesures ordinales : il est probablement plus facile de classer une personne qui ne peut se lever et une qui peut courir qu'une personne atteinte d'un diabète et une personne séropositive. Parmi les mesures qui relèvent du modèle subjectif, l'état de santé perçu, exprimé comme une variable ordinale, est la plus souvent disponible, notamment parce que la question est facile à administrer dans les enquêtes. Pour finir, il existe quelques mesures cardinales de l'état de santé qui émanent plutôt de la recherche sur la qualité de vie (*Health Utility Index Mark* développé à l'Université de McMaster, le SF-36, l'Euroquol 5D), dont l'administration est en général lourde et qui sont assez rarement disponibles.

En quoi ces distinctions entre les types de mesures sont-elles importantes dans le contexte des inégalités ? Avec une mesure dichotomique, on peut directement interpréter la proportion de personnes qui a telle ou telle caractéristique dans la population comme une mesure d'inégalité. À l'opposé, une mesure cardinale synthétise l'état de santé de chacun et permet de calculer le stock de santé disponible dans la population puis la part de ce stock détenue par un individu ou un groupe. En dehors de ces deux cas polaires, lorsqu'on dispose d'une mesure ordinale, le calcul de l'inégalité s'avère plus compliqué. Admettons que l'on connaisse l'état de santé perçu en cinq modalités (très mauvais, mauvais, …, très bon). Ces différents états ne peuvent s'ajouter (une personne en « bonne santé » ne possède pas un stock de santé deux fois plus élevé qu'une personne en « mauvaise santé »). On ne peut donc pas calculer directement un indice synthétique à partir d'une mesure ordinale. Deux solutions sont alors possibles. On peut, en premier lieu, choisir de faire une partition de la population en deux groupes (en bonne et mauvaise santé) et se ramener à l'étude d'une proportion. Cette méthode n'est pas satisfaisante : tout d'abord, le choix de la modalité qui partage les catégories a un impact sur la quantification de l'inégalité, et ensuite, quelle que soit la solution choisie, on perd de l'information sur la répartition de la population entre les différents niveaux. L'autre solution consiste à

1. « Marcel peut marcher 200 mètres sans problèmes mais il se sent essoufflé après un kilomètre… Pensez-vous qu'il se déplace sans difficulté ? Avec un peu de difficulté ?… »
2. Cette typologie des mesures de santé est notamment présentée dans Sermet et Cambois (2002). Le modèle médical mesure l'état de santé par la morbidité et la mortalité, le modèle fonctionnel par l'incapacité.

postuler que la variable dont on observe la distribution par classe reflète une variable latente continue qui décrit l'état de santé de la population (Wagstaff et Van Doorslaer, 1994). Dans ce cas, en calant la distribution de la variable d'état de santé perçu avec une distribution connue par ailleurs, voire arbitraire mais jugée suffisamment réaliste pour refléter la répartition de la santé dans la population, on peut se ramener à une variable cardinale et utiliser toute l'information disponible sur la variable ordinale. Ce calage peut aussi être réalisé par différentes méthodes de régression – probit ordonné ou régression par intervalles – qui intègrent des caractéristiques individuelles comme l'âge ou le statut social (Van Doorslaer et Jones, 2003). On peut alors intégrer dans ce calage une correction des éventuels biais de déclaration corrélés aux caractéristiques prises en compte dans la régression.

La validité de différentes méthodes d'approximation a été testée sur une enquête canadienne dans laquelle étaient disponibles à la fois l'état de santé perçu et une variable continue, et l'une d'entre elles semble donner des résultats satisfaisants (Van Doorslaer et Jones, 2003). Sans entrer dans le détail de ces travaux, il nous semble important de retenir que même si l'on n'a à sa disposition que des données ordinales d'état de santé perçu, comme c'est le cas dans de nombreuses enquêtes, il existe des méthodes statistiques qui permettent d'utiliser toute l'information disponible, voire de corriger d'éventuels biais de déclaration, pour mesurer des inégalités de santé.

Reconnaître les propriétés normatives des outils de mesure

On peut faire remonter la réflexion sur les outils au rapport Black (Townsend et Davidson, 1982), lequel concluait que malgré la mise en place du NHS anglais, les disparités sociales de santé avaient augmenté depuis l'après-guerre, et même depuis les années 30. Wagstaff a montré que des méthodologies différentes ont amené des résultats atténuant, voire contredisant les résultats de Black (Wagstaff *et al.*, 1991). Le choix d'un instrument de mesure des inégalités de santé n'est donc pas neutre en termes de résultats, pas plus qu'en termes de normes de justice sociale. En général, le chercheur, comme le décideur, sont intéressés par l'inégalité de santé en ce qu'elle est injuste et qu'elle peut être évitée. La notion de juste/injuste fait référence à une norme de justice sociale, la notion d'évitable/inévitable aux modalités de l'action publique (voir par exemple Kawachi *et al.*, 2002 sur ces notions).

Il ne s'agit donc pas ici pour nous de dresser un catalogue extensif de ces outils de mesure, mais de présenter les propriétés de ceux qui nous semblent engager l'analyse en termes d'*a priori* normatif et de montrer leurs liens éventuels avec les différents courants disciplinaires.

Nous abordons successivement l'impact de deux choix, celui de mesurer les inégalités de santé ou les inégalités sociales de santé, puis celui de comparer les extrêmes ou de prendre en compte la distribution de l'ensemble de la population. Pour finir, nous nous interrogerons plus directement sur le lien entre le choix des outils et les normes de justice sociale sous-jacentes.

Le débat inégalités de santé contre inégalités *sociales* de santé

Une grande partie de la littérature sur les inégalités de santé traite des inégalités *sociales* de santé, autrement dit, compare l'état de santé de personnes plus ou moins favorisées d'après un critère socioéconomique (le revenu, la classe sociale, etc.).

Il s'agit là d'un choix méthodologique et normatif fort dont il convient de mesurer la portée et dont la pertinence, ou du moins le caractère universel, a été fortement questionnée à l'occasion de la publication du rapport de l'OMS 2000. Les publications qui lui sont associées proposent une distinction entre la mesure de l'inégalité de santé entre les individus, qualifiée de «pure», qui reflète la variabilité de l'état de santé au sein d'une population, et l'inégalité *sociale* de santé, qui mesure l'ampleur des différences entre groupes sociaux.

Dans ce débat, l'OMS, en particulier Murray *et al.* (1999), rappelle que la façon la plus globale d'approcher l'inégalité est de regarder la distribution de la variable que l'on considère. Quand on se préoccupe de la pauvreté, on commence par étudier la distribution des revenus, on identifie le plus bas et le plus élevé et on regarde comment la population se répartit entre les deux. On ne commence pas d'emblée

par étudier la distribution des revenus par niveau d'études. Dans la mesure où la santé est une composante fondamentale du bien-être pour appréhender l'inégalité, pourquoi ne pas commencer par mesurer sa distribution dans l'ensemble de la population sans référence à d'autres caractéristiques ?

Ce positionnement en faveur d'une mesure globale des inégalités, et donc critique d'une focalisation trop systématique sur les inégalités sociales de santé, se fonde sur plusieurs arguments.

En premier lieu, s'il n'existe pas de mesure universelle de la santé, il n'en existe pas non plus de la position sociale. Ce concept est mouvant dans le temps et entre les sociétés, ce qui relativise la valeur que l'on peut porter à des jugements fondés sur ces mesures et limite la comparabilité intertemporelle et interpays des résultats. Sans insister sur les questions de disponibilité des données, chaque mesure de la position sociale a des avantages et des inconvénients (Kunst et Mackenbach, 1996 ; Carr-Hill et Chalmers-Dixon, 2002). Tout comme en santé, le caractère ordinal ou cardinal de la variable a une importance (peut-on hiérarchiser les groupes sociaux et mesurer leur éloignement les uns par rapport aux autres ?). Un autre critère par lequel ces mesures de position sociale se différencient est le « moment » de l'existence qu'elles caractérisent : la position sociale est plutôt associée à la vie active (qui des personnes qui ne travaillent pas ?), l'éducation correspond à une période précise de la vie plus ou moins éloignée dans le passé (sa signification varie avec les générations), le revenu a un caractère fortement transitoire, etc. De plus, dans la mesure où la position sociale d'une personne est définie par plusieurs dimensions, souvent mais imparfaitement corrélées, la question se pose de savoir laquelle privilégier et comment, le cas échéant, interpréter d'éventuelles différences entre des mesures fondées sur des variables sociales différentes. Oakes et Rossi (2003) ont d'ailleurs noté que si l'exploration du lien entre statut économique et social et santé est le sujet d'un nombre toujours croissant d'articles publiés, le nombre de travaux méthodologiques sur la mesure du statut social demeure faible. Enfin, notons qu'il n'est pas possible de distinguer clairement le caractère social ou sanitaire de certaines variables, comme le sexe ou l'âge, et que l'interprétation d'une inégalité de santé observée selon ces variables est, par nature, ambiguë.

La seconde critique que l'on peut faire à une mesure d'inégalité sociale est qu'elle privilégie une dimension choisie *a priori* et peut conduire à en négliger d'autres qui sont aussi importantes. Par exemple, en utilisant des petites zones géographiques pour regrouper la population américaine, Murray *et al.* (1998) ont montré que les inégalités interzones géographiques étaient, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées que celles liées à des variables sociodémographiques. En imposant le choix d'une variable de classification *a priori*, on présume parfois d'un lien de causalité et de son importance par rapport à d'autres. Ce type d'approche causale risquerait de sous-estimer la complexité des déterminants de l'état de santé. En outre, toute analyse portant sur des groupes de population conduit à privilégier l'hypothèse d'une homogénéité au sein de chaque classe qui n'est pas toujours vérifiée.

Néanmoins, ces critiques ne font pas l'unanimité. Braveman *et al.* (2000) rappellent qu'il existe une forte corrélation entre position sociale et état de santé. En outre, même si la compréhension du lien entre santé et position sociale demeure incomplète, dans certains cas, la causalité a pu être établie (Berkman et Kawachi, 2000 ; Marmot et Wilkinson, 1999)[3]. Prenant de la distance avec le débat, l'ensemble des chercheurs s'accorde à dire que les deux approches ne cherchent pas à répondre aux mêmes questions mais se complètent. Wagstaff et Van Doorslaer (2003) traduisent d'ailleurs cette complémentarité en termes d'outils et démontrent comment il est techniquement possible de passer de la mesure des inégalités pures à la mesure des inégalités sociales. Plus généralement, les travaux d'ECuity et, dans une moindre mesure, ceux de l'OMS publiés après le rapport 2000 (Gakidou et King, 2003) montrent que l'on peut associer les deux objectifs de mesure des inégalités et de recherche de leurs causes.

L'approche de Wagstaff *et al.*, (2001) nous semble particulièrement intéressante. Elle

3. Par exemple, le stress généré par le fait d'être en bas de l'échelle sociale a un impact sur l'état de santé.

permet en premier lieu d'expliquer, au sens statistique, l'effet simultané de facteurs socioéconomiques tels le revenu, le niveau scolaire, la catégorie socioprofessionnelle ou le statut d'activité sur le niveau des inégalités sociales de santé. En outre, elle permet de distinguer, dans l'impact d'un facteur explicatif, la part qui est liée à la distribution du facteur et celle qui est due à l'impact du facteur lui-même sur l'état de santé. L'impact du revenu sur les inégalités de santé, par exemple, est-il dû aux inégalités même de distribution de revenu, ou à l'impact du revenu sur l'état de santé ? Certes, l'outil statistique ne permet pas de mettre en évidence une relation causale, mais il établit des corrélations « toutes choses égales par ailleurs », il propose un guide de lecture des inégalités de santé très riche, qui, s'il n'est pas à lui seul conclusif, permet d'orienter la recherche.

L'approche de l'inégalité de santé par comparaison des extrêmes ou de l'ensemble de la population

Parmi les familles d'outils qui permettent de mesurer les inégalités de santé, il nous semble utile de distinguer celles qui proposent une mesure comparant les extrêmes et celles qui prennent en compte la répartition de la santé dans l'ensemble de la population.

Le premier type de mesure, adopté dans le rapport Black puis par d'autres équipes appartenant plutôt au champ de l'épidémiologie sociale, est la plus naturelle et aussi la plus facilement interprétable. Elle consiste à comparer directement l'état de santé des deux groupes ayant le statut socioéconomique le plus éloigné. Ainsi, on trouve des comparaisons « pauvres contre riches » ou « cols bleus contre cols blancs ». La mesure des inégalités de santé par l'amplitude oriente, à notre sens, la recherche des causes des inégalités vers les conditions de vie/de travail ou vers la pauvreté absolue, deux concepts bien adaptés à une mesure intergroupes et particulièrement mis en valeur dans le cadre d'une comparaison riches-pauvres ou cadres-ouvriers.

En revanche, si sa principale qualité reste sa facilité de lecture – Kunst et Mackenbach (1996) en font d'ailleurs un argument décisif – elle oblitère toute possibilité d'observation des groupes sociaux intermédiaires. Comme elle ne permet pas d'observer un gradient de santé selon le statut socioéconomique, elle rend impossible la recherche de facteurs explicatifs continus dont l'intensité varierait quand on s'élève dans l'échelle sociale ou de facteurs explicatifs comme le degré d'inégalités dans la société (Marmot et Wilkinson, 1999). Par construction, la comparaison des cadres aux ouvriers ne va pas poser la question des différentiels d'états de santé pourtant mis en évidence par l'étude anglaise dite de Whitehall (Marmot, 1994) ou par de nombreuses études démographiques françaises (par exemple Desplanques, 1984)

À partir de la fin des années 80, les travaux sur la mesure des inégalités de santé ont tendu à privilégier plus systématiquement des approches prenant en compte les catégories intermédiaires de population. Cette propriété est commune à une famille d'instruments développée à l'origine pour les besoins de l'analyse des inégalités de revenus. Nous y faisons figurer les mesures de dispersion comme l'indice de Gini, le pseudo indice de Gini, l'indice de concentration, l'indice de pente d'inégalité, etc. Tous consistent schématiquement à mesurer la distance à la moyenne (ou à toute autre norme) des individus (ou des groupes) classés selon leur état de santé ou selon le statut socioéconomique. Ces instruments de mesure prennent en compte la distribution de la santé sur l'ensemble de la société et semblent plus adaptés pour mettre en évidence un gradient socioéconomique, comme par exemple l'impact du revenu.

Il nous semble enfin intéressant de souligner que le recours à des mesures qui comparent les groupes extrêmes ou, au contraire, prennent en compte l'ensemble de la distribution a aussi un contenu normatif non négligeable en terme de « point de référence ». Si l'on compare la santé de deux groupes sociaux, l'objectif implicitement fixé est d'amener la santé du groupe le plus malade au niveau de celle du plus sain. *A contrario*, quand on utilise des mesures qui rendent compte de la distribution de la santé sur l'ensemble de la population, la référence qui paraît la plus naturelle, et qui est utilisée, est l'état de santé moyen[4]. Ce

4. Une exception signalée par Kunst et Mackenbach (1996) est une mesure peu utilisée mais issue de l'épidémiologie appelée le risque attribuable.

raisonnement « à stock de santé égal » est conforme à l'esprit des méthodologies de mesure des inégalités de revenu qui sont axées sur la redistribution.

Justice sociale et outils de mesure des inégalités

Nous avons montré que certains débats sur les outils de mesure, tout en ayant une dimension technique, pouvaient se comprendre en termes de normes sous-jacentes, notamment disciplinaires. Il nous paraît important d'aller plus loin en rappelant que les outils de mesure des inégalités reflètent aussi directement des normes de justice sociale.

Un premier élément, évoqué en filigrane lorsque nous présentions le débat entre mesures des inégalités globales ou des inégalités sociales, pourrait se résumer de la façon suivante : toute inégalité de santé est-elle bonne à mesurer ? Les partisans de la mesure des inégalités sociales de santé considèrent plus ou moins explicitement que non seulement cette inégalité est particulièrement injuste, mais qu'encore elle peut être corrigée et donc qu'elle mérite d'être mesurée.

L'un des reproches concernant le rapport de l'OMS était qu'en mesurant l'inégalité pure de santé, il « noyait » l'objectif d'équité. Parler d'équité à propos des inégalités, c'est poser un jugement de valeur sur le fait que ces inégalités sont justes ou non. On a ainsi tendance à considérer que des différences d'états de santé selon l'âge sont naturelles et acceptables et à standardiser par l'âge pour mieux mesurer les inégalités de santé. Pour autant, doit-on systématiquement considérer que l'ampleur de l'écart entre jeunes et vieux est légitime ? Quand on choisit de mesurer une inégalité selon une dimension, on considère que cette inégalité est plus inacceptable que d'autres et on oriente les décideurs vers des politiques spécifiques.

Plus généralement, le fait même de considérer que la situation d'un individu X est inégale à celle d'un autre individu Y relève d'un jugement de valeur propre au contexte de la société où X et Y évoluent, autrement dit des principes de justice sociale qui la caractérisent. L'identification de ces principes relève, entre autres, de la philosophie et des sciences politiques, mais les théoriciens de la justice sociale sont aussi nombreux parmi les économistes. Réfléchir à une théorie de la justice sociale consiste à construire un schéma global de ce que serait une société juste en formulant des principes de répartition équitable des droits et des devoirs entre les membres de la société. La façon dont on mesure l'écart à la situation idéale, autrement dit dont on mesure l'inégalité, est intrinsèquement liée à l'idée que l'on se fait de cette situation idéale.

Or si les économistes qui s'intéressent à la redistribution des revenus s'interrogent systématiquement sur les propriétés des outils qu'ils utilisent pour mesurer l'inégalité et cherchent à faire le lien entre celles-ci et les théories de la justice sociale, force est de constater que cette réflexion a, jusqu'à un passé récent, été assez largement absente des débats sur la mesure des inégalités en santé, alors même que les outils sont souvent identiques.

Un premier point, généralement passé sous silence, concerne la considération différenciée qu'on peut accorder aux personnes selon qu'elles sont plus ou moins favorisées. Ainsi, lorsqu'on mesure l'inégalité par un indice de Gini, on conclut à une réduction des inégalités équivalente, que ce soit la santé du plus malade qui s'améliore ou celle du plus sain qui se détériore. La question est bien évidemment de savoir si, dans la mesure de l'inégalité, les personnes défavorisées doivent compter autant, plus, voire, pourquoi pas, moins que les personnes favorisées. Or, il est possible de sur-pondérer les individus éloignés de la moyenne ou de choisir des mesures dissymétriques, sensibles aux très petites valeurs. C'est le cas de l'indice d'Atkinson et de l'indice de Theil qui prennent en compte l'aversion à l'inégalité.

Une autre question normative qui a un impact direct sur le choix de l'outil est celle de l'importance que l'on attache au niveau moyen de l'état de santé quand on mesure l'inégalité dans le cadre d'une comparaison dans le temps ou dans l'espace. Faut-il considérer que les inégalités augmentent ou diminuent dans un pays où l'état de santé moyen s'améliore mais où les écarts sont de plus en plus grands ? Le caractère absolu ou relatif de la mesure de l'inégalité permet de rendre compte de l'importance relative que l'on accorde à l'état de santé moyen et à la dispersion.

Les deux questions « normatives » que nous venons d'évoquer ont été prises en compte dans les travaux de l'OMS. Gakidou *et al.* (2003b) utilisent un indice d'inégalité qui permet de prendre en compte simultanément les préférences sur ces deux paramètres. Leur démarche est à ce titre particulièrement originale : ils ont réalisé un sondage, principalement auprès de membres de l'OMS, sur les critères de performance des systèmes de santé, dans lequel figuraient plusieurs questions portant sur les inégalités de santé (Gakidou *et al.* 2003a). L'analyse des réponses a déterminé le choix du type d'estimateur qui adopte à la fois une position intermédiaire entre mesure absolue et relative des inégalités et qui accorde une plus grande importance aux personnes dont l'état de santé est très éloigné de la moyenne. Les controverses qui ont suivi reflètent bien la difficulté de la recherche d'un compromis sur le choix d'une norme, mais au moins ces travaux ont-ils explicitement tenté de prendre en compte les préférences.

Sur cette voie, il nous semble important de mieux faire le lien entre théories de la justice sociale et outils de mesure des inégalités en santé. Cette réflexion devra évidemment être adaptée : en effet, si une distribution de revenu inégalitaire peut être corrigée par des mesures fiscales, en santé il est absurde de penser en termes de redistribution directe.

Notre analyse rend compte d'un certain nombre de débats ou d'avancées dont témoigne la littérature récente sur les inégalités de santé. Nous avons centré le propos sur les outils de mesure eux-mêmes, sans évoquer, par exemple, les débats sur les déterminants des inégalités de santé présentés de façon très synthétique par Kawachi *et al.* (2002).

L'abondance des outils de mesure s'explique notamment par le fait que différentes disciplines s'intéressent au sujet. Il nous semble pourtant que les approches des uns et des autres restent trop compartimentées, en tout cas en Europe, même si, encore une fois, il n'y aura jamais de prescription universelle en termes d'outil et que le contexte, les objectifs et les données doivent primer dans le choix.

Bibliographie

Braveman P., Krieger N., Lynch J. (2000). Health inequalities and social inequalities in health, *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (2) : 232-235.

Berkman L.F., Kawachi I. (2000). *Social epidemiology*, Oxford University Press (éd.), New York.

Carr-Hill R., Chalmers-Dixon P. (2002). *A review of methods for monitoring and measuring social inequality, deprivation and health inequality*. Online tool at Monitoring Health Conditions among the Poor: http://www.sepho.org.uk/HealthInequalities/carrhill/index.htm.

Desplanques G. (1984), Inégalités sociales devant la mort, *Économie et statistique*, 162 : 29-50.

Doussin A., Dumesnil S., Le Fur Ph. (2002), *Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002*, CREDES, Série Méthode.

Gakidou E., King G. (2003) *Measuring Total Health Inequality: Adding Individual Variation to Group-Level Differences in* Murray C. J. L., Evans D. B., *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*, Geneva, 485-96.

Gakidou E., Murray C.J.L., Frenk, J. (2003a). Measuring preferences on health system performance assessment, World Health Organization, GPE Discussion Paper Series, nº 20, site Internet : http://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/paper20.pdf.

Gakidou E., Murray C.J.L., Frenk J. (2003b). A Framework for Measuring Health Inequality *in* Murray C.J.L., Evans D.B., *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*, 471-84.

Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of 27 community studies, *Journal of Health and Social Behaviour*, 38 : 21-37.

Kawachi I., Subramanian S.V., Almeida-Filho N. (2002). A glossary for health inequalities, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 : 647-52.

Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1996). *La mesure des inégalités de santé d'origine socioéconomique*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Marmot M. (1994). Social differentials in health within and between populations, *Journal of American Academy of Arts and Science*, 123 (4) : 197-216.

Marmot M., Wilkinson R. (1999). *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.

Murray C.J.L., Michaud C.M., McKenna M., Marks J.S. (1998). U.S. Patterns of Mortality by Country and Race: 1965-1994, Harvard Center for Population and Development Studies.

Murray C.J.L., Gakidou E., Frenk J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure?, *Bulletin of the World Health Organization*, 77 : 537-43.

Murray C.J.L., Ozaltin E., Tandon A., Salomon J.A., Sadana R., Chatterji S. (2003). Empirical Evaluation of the Anchoring Vignette Approach in Health Surveys *in* Murray C.J.L., Evans D.B., *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*, Geneva, 369-400.

Murray C.J.L., Evans D.B. (2003). *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*, Geneva.

Oakes J.M., Rossi P.H. (2003). The Measurement of SES in Health Research: Current Practice and Steps Towards a New Approach, *Social Science and Medicine*, 55 (4) : 769-84.

Sermet C., Cambois E. (2002). Mesurer l'état de santé in Caselli G., Vallin J., Wunsch G.G., *Démographie : analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*, 25-52.

Townsend P., Davidson N. (1982). *Inequalities in Health: The Black Report*, London, Penguin.

Van Doorslaer E., Jones A. (2003). Inequalities in Self-Reported Health: Validation of a New Approach to Measurement *in* Workshop on Health Economics and Public Policy, *Journal of Health Economics*, 22 (1) : 61-78.

Wagstaff A., Paci P., Van Doorslaer E. (1991). On the Measurement of Inequalities in Health, *Social Science and Medicine*, 33 (5) : 545-57.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (1994). Measuring Inequalities in Health in the Presence of Multiple-Category Morbidity Indicators, *Health Economics*, 3 : 281-91.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2003). Overall vs Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations, *Health Economics*, Early View.

Wagstaff A., Van Doorslaer E., Watanabe N. (2001). *On Decomposing the Causes of Health Sector Inequalities with an Application to Malnutrition Inequalities in Vietnam*, Policy Research Working Paper, n° 2714, World Bank.

World Health Organization, (2000), *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, World Health Report, World Health Organization.